Die mit „\*“ versehenen Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.

Seminar \* 

Anrede \* Wählen Sie ein Element aus.

Vorname \* 

Nachname \* 

E-Mail \* 

Telefon \* 

*Bitte geben Sie eine Rufnummer an, unter der wir Sie auch am Seminartag erreichen*

*können, sofern es zu kurzfristigen Änderungen im Seminarablauf kommt.*

Straße \* 

PLZ \*  Wohnort \* 

Name der Dienststelle (Schule) \* 

Meine Dienststelle (Schule) übernimmt die Seminarkosten Ja [ ]  Nein [ ]

**Bei Kostenübernahme durch die Dienststelle bitte deren Anschrift angeben:**

Straße 

PLZ  Ort 

Ich bin Mitglied der Lehrergewerkschaften Hamburg dlh e.V. (Ermäßigte Kosten) [ ]

Ich habe die mir ausgehändigten Teilnahme- und Zahlungsbedingungen verstanden

und stimme diesen zu. [ ]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ort, Datum Unterschrift